

CARTAS AL DIRECTOR**Síndrome neuroléptico maligno asociado a haloperidol**

Sr. Director: El síndrome neuroléptico maligno (SNM) es una rara entidad clínica que se presenta como reacción idiosincrásica al tratamiento con dosis terapéuticas de fármacos neurolépticos^{1,2}. Se caracteriza por hipertermia, síndrome extrapiramidal, rigidez muscular, alteración del nivel de conciencia y disfunción autónoma. Se incluyen los neurolépticos clásicos, como haloperidol, y los más recientes, caso de risperidona y olanzapina³. Se presenta el caso de una paciente que desarrolló un cuadro compatible con SNM asociado a haloperidol.

Mujer de 82 años de edad con antecedentes patológicos de EPOC, HTA y cardiopatía hipertensiva con crisis de ACFA paroxística. Dos meses antes del ingreso manifiesta una infección de orina que se acompaña de agitación psicomotriz y alucinaciones auditivas que ceden con norfloxacin y haloperidol, 4 mg/8 h. Un mes antes del ingreso presenta una fractura pertrocanterea de fémur izquierdo que requiere intervención quirúrgica; en su estancia hospitalaria presenta el mismo cuadro de agitación psicomotriz que se autolimita con haloperidol a las mismas dosis. De forma intermitente, en el domicilio se le administra el antipsicótico a las dosis prescritas por persistencia de los episodios de agitación. Doce horas antes del ingreso la paciente muestra un cuadro de hipertermia de 40,5 °C, estupor, taquipneia y taquicárdica, hipertensión generalizada y mioclonías multifocales. La exploración física no revela datos de infección respiratoria, intestinal y/o neurológica. Es remitida al hospital de refe-

rencia bajo la sospecha diagnóstica de SNM.

Se inicia tratamiento con medidas antipiréticas físicas, hidratación parenteral, antibioticoterapia de amplio espectro, oxigenoterapia y monitorización cardiovascular. En la analítica practicada destacan: creatinina, 1,86; GOT, 41; CPK, 434; CPK-MB, 51; Na, 159; K, 5,75; Cl, 115; gasometría venosa (pH, 7,16; pCO₂, 63,2; pO₂, 15,8; bicarbonato, 22,1, y sat. O₂, 14,1%). Leucocitos, 27,8 (91% segmentados, 1% metamielocitos, 3% eritroblastos, 4% linfocitos y 1% eosinófilos).

A las 2 horas de su ingreso en urgencias entra en parada cardiorespiratoria, progresando a un fallo multiorgánico y falleciendo la paciente.

Los hemocultivos y urinocultivos practicados fueron negativos.

Uno de los principales problemas del SNM es la variabilidad en su presentación clínica⁴; a veces son formas de escasa gravedad o síndromes incompletos. Los datos de laboratorio más frecuentes son elevaciones de la CPK, leucocitosis, hipernatremia, elevación de las transaminasas, LDH y fosfatasas alcalinas en ausencia de otras causas aparentes que lo justifiquen.

Se cree que el mecanismo de acción es por un bloqueo de las vías dopaminérgicas de los ganglios basales y del hipotálamo⁵; dado que los fármacos neurolépticos bloquean los receptores de dopamina, el SNM se atribuye a una depleción de ésta. La búsqueda bibliográfica por MEDLINE proporciona tan sólo la presentación de 20 casos en la literatura médica que relacione la palabra clave neuroleptic malignant syndrome con haloperidol.

El caso comentado cumple los criterios para ser considerado un SNM.

A pesar de la baja incidencia de SNM en pacientes tratados con

neurolépticos, un 0,9-2,4% según las series^{2,6}, su alta tasa de mortalidad del 20% y el uso tan frecuente de estos fármacos obliga a tener presente esta entidad clínica. Debe mantenerse siempre una conducta expectante, incluso en aquellos neurolépticos de baja potencia extrapiramidal.

A. Espino García, M. Madrid Valls, R. Mur Garcés y N. Nadal Braqué

ABS Bordeta-Magraners. Subdivisió d'Atenció Primària Centre-Lleida. DAP Segrià-Garrigues. Lleida.

1. Martínez E, Domingo P, Lloret J. Síndrome neuroléptico maligno. Med Clin (Barc) 1994; 102: 181-188.
2. Rivera JM, García Bragado F, Iriarte LM, Lozano Gutiérrez F, Salgado V, Andreu J et al. Síndrome neuroléptico maligno. Análisis de 9 casos. Med Clin (Barc) 1990; 94: 1212-1225.
3. Canaro Lebreto J, Bermúdez García JM, Álvarez García ML, Rico Irles J. Antipsicóticos atípicos y síndrome neuroléptico maligno. Med Clin (Barc) 2000; 115: 279.
4. Sagar SM. Neuroleptic malignant syndrome: a diagnostic dilemma. J R Soc Med 1991; 84: 500-501.
5. Kish SJ, Kleinert R, Mianauf M, Gilbert J, Walter GF, Slimovitch C et al. Brain neurotransmitter changes in three patients who had a lethal hyperthermia syndrome. Am J Psychiatr 1990; 147: 1358-1363.
6. Guze BH, Baxter LR. Neuroleptic malignant syndrome. N Engl J Med 1985; 313: 163-166.

Sobre la coordinación atención primaria/especializada

Sr. Director: En muchas ocasiones se ha hablado de la necesaria coordinación entre atención primaria (AP) y atención especializada, ya que dicha coordinación mejoraría las relaciones entre ambos niveles y contribuiría a aumentar la calidad de la atención prestada; pero no dejamos de encontrarnos los profesionales de AP con situaciones en las que lo